

## 中小企業信用保険法第 2 条第 5 項第 1 号の規定による認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 昭島市長

申請者 住 所

昭島市田中町 1 - 1 7 - 1

氏 名 (名称及び代表者の氏名)

昭島 太郎

電話番号 ( 042 ) 544 - 4134

私は △△株式会社 が、令和 □年 □月 □日 再生手続開始 (注 1) の申立てを行ったことにより、下記のとおり同事業者に対する売掛金等の回収が困難となったため、経営の安定に支障が生じておりますので、中小企業信用保険法第 2 条第 5 項第 1 号の規定に基づき認定されるようお願いします。

## 記

1 △△株式会社 に対する売掛金等 ●●●●●● 円うち回収困難な額 ●●●●●● 円2 △△株式会社 に対する取引依存度                      % (A / B)A ■年 ■月 ■日から ▲年 ▲月 ▲日までの △△株式会社 に対する取引額等 ●●●●●● 円B 上記期間中の全取引額等 ●●●●●● 円

昭島市長

号  
日

申請の

市記入欄

※本認定書の有効期間：令和 ○年 ○月 ○日から令和 ○年 ○月 ○日まで

(注 1) 「破産」、「再生手続開始」又は「更生手続開始」等を記入してください。

(注 2) 1、2 のいずれかを記入してください。

(留意事項)

①本認定とは別に、金融機関及び信用保証協会による金融上の審査があります。

②市長の認定を受けた日から 30 日以内に金融機関又は信用保証協会に対して、保証の申込みを行うことが必要です。